

DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE CHEZ L'ENFANT

1° Définition. — L'expression de tuberculose génitale est, chez l'enfant, de compréhension trop vaste; chez lui, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, la région vésiculoprostatique est exceptionnellement intéressée et, dans l'immense majorité des cas, il s'agit de tuberculose orchididymaire.

Ce n'est pas la seule distinction à établir entre le sarcocèle tuberculeux de l'adulte et celui de l'enfant; il existe beaucoup d'autres différences d'ordre anatomique, clinique et thérapeutique.

C'est pourquoi, j'ai pensé qu'il y aurait tout avantage, pour le médecin, à consacrer un chapitre spécial à la tuberculose génitale infantile.

2° Historique. — Cette affection est bien connue depuis une quinzaine d'années seulement; auparavant, LLOYD, BARRIER, DUFOUR, CURLING, PRESTAT, GIRALDÈS, HUNIN, VÉDRINE avaient publié quelques observations isolées. Lannois (1883) les rassembla et donna le premier travail synthétique sur la question. Dans les *Archives générales de médecine*, JULLIEN (1890), HUTINEL et DESCHAMPS (1891) firent paraître de bonnes études. Enfin, tout récemment, à la Société de chirurgie, FÉLIZET indiqua les principaux caractères anatomo-cliniques de l'affection et posa les règles de l'intervention opératoire.

3° Étiologie. — C'est une affection extrêmement rare, du moins cliniquement, disait HENOCH, rare dans la signification absolue du mot et relativement aux autres localisations bacillaires de l'organisme. GIRALDÈS compte quatre ou cinq cas par an; de SAINT-GERMAIN cinq ou six; JULLIEN, dans le service de LANNELONGUE, dix-sept en trois ans; HUTINEL, neuf en quinze mois.

Et cependant, les lésions tuberculeuses du testicule sont aussi fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte; et si, jusqu'à notre époque, la maladie semble avoir été superficiellement

connue, cela tient à bien des raisons. D'abord, le sujet est un enfant, qui ne se plaint pas, parce que le sarcocèle évolue lentement, insidieusement, sans douleur; puis, dans l'observation clinique, on ne tient compte que des grosses lésions, les altérations légères passant inaperçues; enfin le testicule est un organe insignifiant dans l'enfance, la structure en étant rudimentaire.

La tuberculose orchididymaire de l'enfant apparaît dans les premières années de la vie. Sur les 20 enfants observés par JULLIEN, il y en a 16 qui n'ont pas 5 ans, et, parmi les 16, il en est 6 ayant moins d'un an, 6 ayant de 1 an à 2. JULLIEN a constaté un testicule tuberculeux chez un enfant de deux mois, ASHBY chez un enfant de sept semaines, GIRALDÈS chez un nouveau-né. DRESCHFELD a même rapporté un cas congénital. Quoi qu'il en soit, la tuberculose génitale infantile est exceptionnellement héréditaire; d'après MONKS, JULLIEN, HUTINEL, elle est presque toujours acquise.

Comment s'est fixé le processus morbide sur le testicule?

Dans un grand nombre de cas, disent les auteurs, la maladie a une origine traumatique. Pour l'explication du phénomène, ils font intervenir la loi de MAX SCHÜLLER. Mais cette loi ne prouve rien; elle peut être vraie pour un traumatisme articulaire et fautive pour un traumatisme du testicule; d'ailleurs, LANNELONGUE et ACHARD n'ont-ils pas prouvé, il y a quelques jours à peine, que, dans l'infection bacillaire pure, le traumatisme est impuissant à déterminer une localisation morbide de même nature.

La masturbation joue, à ce que l'on prétend, un rôle efficace dans la détermination des lésions tuberculeuses. C'est inadmissible. Les petits enfants ignorent cette habitude, ce qui n'empêche pas le sarcocèle tuberculeux d'être chez eux relativement fréquent; au contraire, cette affection devient plus rare, à mesure que les enfants grandissent et qu'un plus grand nombre d'entre eux se livrent à la masturbation.

La situation déclive du testicule explique, d'après JULLIEN, pourquoi le testicule gauche est plus souvent intéressé que le droit; mais cette constatation ne peut être faite que sur les

enfants ayant plus de deux ans, c'est-à-dire sur les enfants qui marchent; la marche détermine et accentue la déclivité du testicule gauche et, avant deux ans, les deux glandes payent un égal tribut à la maladie.

J'ajouterai que les anomalies testiculaires ne semblent pas favoriser le développement du processus tuberculeux, et, si le testicule ectopié appelle souvent une localisation maligne, il ne fixe pas volontiers le bacille de Koch.

Par contre, le testicule tuberculeux se rencontre d'ordinaire chez des enfants à cheveux roux, à tempérament lymphatique, aux chairs adipeuses et flasques, atteints de rachitisme et de gastro-entérite chronique avec gros ventre tympanique. Ou bien, c'est un petit malade atteint de phthisie pulmonaire, d'entérite tuberculeuse ou de tuberculose péritonéale.

Ces altérations du tube digestifs s'observent à chaque instant; aussi MOLLIÈRE et AUGAGNEUR ont-ils pu dire que c'est presque exclusivement dans le cas de carreau que le sarcocèle bacillaire est observé. De leur côté, HUTINEL et DESCHAMPS admettent la provenance intestinale des bacilles.

4^e Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de la tuberculose génitale de l'enfant offre certaines particularités.

Tout d'abord, il est exceptionnel d'observer des lésions vésiculaires et prostatiques: FÉLIZET rapporte le cas de deux vésicules tuméfiées, dont l'hypertrophie congestive disparut à la suite de la castration.

Le scrotum est, d'ordinaire, peu altéré et les fistules qui le perforent sont toujours en petit nombre.

La vaginale peut être enflammée, avec des arborisations vasculaires très nettes. Parfois des adhérences appliquent les parois l'une contre l'autre; il s'agit d'une véritable symphyse. En d'autres cas, la cavité est distendue par le liquide d'une hydrocèle.

La vaginale est souvent couverte de granulations; le conduit vagino-péritonéal subsiste et présente, comme le péritoine, des lésions identiques.

La vaginalite tuberculeuse entoure la glande génitale « d'une

coque constituée par des follicules agglomérées », et la périorchite contribue à l'augmentation de volume de l'organe. J'ai observé, dans le service de LANNELONGUE, un enfant atteint d'ectopie testiculaire inguinale gauche avec persistance du conduit vagino-péritonéal, dont les parois, intéressées par un processus ancien, étaient épaisses, tomenteuses, lardacées; le testicule était atrophié, compris dans une gangue fibreuse; le petit malade avait une péritonite tuberculeuse suppurée; et le pus distendait le sac de l'ectopie. A cause du tableau symptomatologique, on eût dit un étranglement herniaire.

L'épididyme et le testicule peuvent être touchés séparément ou simultanément, du moins au début, et HUTINEL insiste sur l'indépendance pathologique de ces deux organes.

« Le testicule est souvent lésé, sans que l'épididyme soit touché, et, si l'on cherche à établir la fréquence de ces lésions, on arrive à en conclure que le testicule est plus souvent atteint que l'épididyme. »

Lorsque l'épididyme est pris, il acquiert des dimensions considérables et englobe la masse testiculaire.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de retenir, c'est que les noyaux caséux de l'épididyme et du testicule sont, en général, de petites dimensions et qu'ils sont entourés d'une zone fibroïde épaisse. La glande, plus ou moins hypertrophiée, peut présenter, à la coupe, une surface rosée, demi-transparente, semée çà et là de points caséux, et offrant l'aspect d'un sarcome. C'est la transformation fibreuse du testicule, suivant la dénomination de Cruveilhier.

Cette prédominance marquée du tissu fibreux caractérise un processus spécial au testicule de l'enfant. « Dans le testicule de l'enfant, en effet, les lésions tuberculeuses se développent principalement le long des vaisseaux, dans le tissu interstitiel ou dans les enveloppes de la glande, peu virulentes avec tendance naturelle vers la sclérose et la guérison » (HUTINEL).

Quant au canal déférent, il est souvent touché à son origine; mais le mal est toujours limité et comprend seulement quelques centimètres. FÉLIZET, dans la funiculotomie, n'a jamais eu à franchir l'orifice inguinal externe.

5° **Formes cliniques.** — La tuberculose orchi-épididymaire n'offre pas toujours la même allure clinique et les formes observées sont bien différentes.

Deux notions sont à retenir : c'est la fréquence des formes aiguës de l'orchite tuberculeuse dans le jeune âge ; c'est la marche rapide de l'affection, même dans les formes chroniques, à ce point, dit FÉLIZET, que tel événement qui, chez l'adulte, peut être considéré comme une complication : l'adhérence, la fusion aux bourses avec ramollissement, fait partie, dans sa manifestation hâtive, de la symptomatologie ordinaire de la tuberculose génitale des enfants.

Les formes aiguës sont des tuberculoses galopantes ; tout y est, même l'écoulement urétral spontané. « Ces blennorrhagies s'observent surtout à l'approche de la puberté ; elles débutent sans cause, comme à la suite des excitations génésiques qui conduisent les enfants à la masturbation. »

Entre les formes aiguës et les formes chroniques, il y a des formes plus ou moins rapides, survenant chez des enfants ayant toutes les apparences de la santé, ou atteints le plus souvent de phtisie pulmonaire, d'entérite tuberculeuse ou de tuberculose péritonéale. Il existe, au niveau de la glande, des manifestations bacillaires latentes, qui se révèlent tout à coup, à la façon des abcès froids qui se réchauffent. Le scrotum devient rouge, chaud, tuméfié, douloureux ; un épanchement vaginal se forme ; puis, après quelques jours, sous l'influence du repos et des antiphlogistiques, tout se calme ; le liquide de l'hydrocèle se résorbe, et il ne reste plus qu'un testicule gros, dur, sensible, coiffé d'un épидидyme inégal et bosselé, qui semble ne faire qu'un avec le testicule, contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte. Quelquefois, la suppuration survient et l'abcès s'ouvre au dehors, laissant après lui une fistule.

« Souvent on voit la glande malade devenir le siège d'accidents inflammatoires, aussi bien dans les cas où le mal a débuté insidieusement que dans ceux où il s'est révélé par des phénomènes aigus, dans les tuberculoses qui se généralisent vite comme dans celles qui restent locales. On voit alors le scrotum se gonfler, rougir, devenir sensible, et plus ou moins

œdémateux ; la vaginale est distendue par un épanchement généralement peu abondant ; l'épididyme et le testicule sont gros, douloureux ; mais, pendant quelque temps, ils restent libres dans leurs enveloppes. Puis des adhérences s'établissent. A côté des parties indurées, on trouve des points ramollis, la peau s'amincit, devient rouge, luisante, et, après un temps plus ou moins long, quelques semaines en général, ces abcès s'ouvrent spontanément. L'ouverture, large ou étroite, ordinairement unique, laisse couler un pus grumeleux et permet l'évacuation totale ou partielle des tissus nécrobiosés. Dans ce cas, la formation d'un abcès est due habituellement à une infection secondaire comme le prouve la présence, dans le pus, des micro-organismes de la suppuration. L'écoulement persiste tant que l'élimination des tissus malades n'est pas complète ; rarement, on voit apparaître un fungus ; plus souvent, il reste un pertuis fistuleux, plus ou moins difficile à découvrir. Ce pertuis, caché dans un pli du scrotum épaissi et adhérent, se voit facilement au moment d'un effort, quand le testicule se rétracte et l'entraîne ; derrière lui, on trouve des débris de tissu malade. La suppuration peut durer un temps très long, et, quand la cicatrisation s'est faite, il arrive souvent qu'un nouveau foyer inflammatoire se forme et que les accidents se reproduisent » (HUTINEL).

Les formes chroniques s'observent chez ces enfants à cheveux roux et à tempérament lymphatique, lesquels font un sarcocèle tuberculeux, comme ils font une adénite, une arthrite, une ostéite de même nature. Le plus souvent, c'est une épидидymite. « Le gonflement affecte ordinairement un seul ou les deux épидидymes qui sont durs et bosselés ; rarement il finit par envahir le testicule lui-même, d'où résulte une tumeur noueuse, du volume d'une noix ou d'une pomme, grossie encore par la complication d'une hydrocèle, s'enflammant de temps en temps, s'ouvrant et donnant issue à du pus caséux (HÉНОСН). A cause de l'hyperproduction de tissu fibreux, la glande malade offre une grande tendance à la rétraction, elle peut même disparaître.

Les adénopathies de voisinage sont précoces ou tardives.

Dans le premier cas, elles ne présentent rien de particulier ; elles sont la conséquence d'une localisation ganglionnaire du bacille, de même ordre que sa localisation génitale et ses localisations viscérales. Il s'agit de petits ganglions durs, mobiles, situés au niveau du pli de l'aîne. Dans le second cas, les adénites de voisinage sont grosses et succèdent à l'ouverture, au niveau du scrotum, des foyers caséux. Elles se développent avec les ulcérations tégumentaires et les infections secondaires.

« L'infection se propage de deux manières : elle suit la voie des vaisseaux spermatiques ou la voie des lymphatiques inguinaux et iliaques. J'ai vu, pour ma part, des adénites inguinales survenir à la suite de l'ouverture d'abcès et j'ai pu suivre, dans quatre cas, avec la plus grande netteté, l'invasion consécutive des ganglions iliaques et assister à l'entrée en scène d'une véritable cachexie » (FÉLIZET).

Le petit malade, atteint de tuberculose orchio-épididymaire, peut être emporté, à un moment donné, par l'une des complications ordinaires : phtisie pulmonaire, méningite tuberculeuse ou granulie généralisée.

6° Pronostic. — C'est ainsi que Hutinel a relevé personnellement six morts sur neuf cas. Mais, pour la majorité des médecins d'enfants et pour JULLIEN en particulier, le pronostic est loin d'être aussi sévère. « Je n'hésite pas à déclarer, dit JULLIEN, que le pronostic de cette tuberculose infantile n'offre aucune gravité au point de vue général. Je n'ai vu mourir aucun de mes petits malades, pendant le temps qu'ils furent soumis à mon observation, et, ces jours derniers, m'étant mis à leur recherche, au bout de plusieurs années, j'ai revu, parfaitement guéris et en pleine santé, ceux que j'ai été assez heureux de retrouver. »

7° Diagnostic. — Je n'insisterai sur le diagnostic de la tuberculose orchio-épididymaire de l'enfant que pour faire remarquer la difficulté que l'on éprouve souvent à différencier de la syphilis et du sarcome testiculaires, la forme chronique, à noyaux latents, dure et sclérosée, celle que l'on désigne sous le nom de tubercule primitif.

Le testicule syphilitique s'observe chez les tout jeunes en-

fants ; c'est une masse piriforme, lisse, très résistante, indolore à la pression, unilatérale, quelquefois bilatérale, s'accompagnant des signes de la maladie héréditaire. Les parents doivent être interrogés avec soin.

Le sarcome du testicule est plus gros, moins dur, il augmente vite de volume ; le scrotum est plus tendu et présente des veinosités. La tumeur suppure rarement.

8° Traitement. — Le traitement du testicule tuberculeux infantile est médical et chirurgical.

Du premier, je ne dirai rien ; que l'on se reporte au traitement de la tuberculose génitale en général.

Le second comporte deux grands principes :

1° La marche de l'affection étant très rapide, il est nécessaire de prendre une décision précoce et énergique ;

2° Sauf indications spéciales, il ne faut jamais recourir à la castration, qui doit être considérée comme un pis aller.

Félizet, à la Société de chirurgie, a nettement posé les indications et les règles de l'intervention. Je citerai ses paroles.

« Si l'organe malade est libre dans la vaginale, ou flotte dans une hydrocèle, c'est une affaire de médecine ; tout au plus pourrait-on proposer de faire une ponction suivie d'une injection iodée, l'iode pouvant agir directement sur les lésions tuberculeuses.

« Si l'organe malade adhère au scrotum, s'il est gros, s'il fait la menace de s'abcéder, il est souvent bon de ne pas attendre pour ouvrir promptement le foyer, surtout si les événements ont marché vite. La cautérisation, le curettage nous permettent souvent de constater une cavité régulière, nette et relativement aseptique, après que nous avons atteint les limites du mal. Or, il faut parfois aller très loin, plus loin qu'on croyait aller et nul doute que l'intégrité du testicule subisse, dans l'ouverture, un préjudice essentiel.

« Si nous n'avons pas dépassé le mal, le foyer de l'opération doit être l'objet de soins attentifs, il faudra traiter la plaie au moyen de la teinture d'iode, du chlorure de zinc, réprimer les bourgeons, veiller surtout à ce qu'ils ne s'infectent pas ; et, malgré tout, il vous arrivera de voir un jour apparaître et

saillir un fungus qui ne sera autre chose que le moignon du testicule désorganisé. L'évolution aura été de longue durée, et, pour y faire face, il ne suffit pas que le chirurgien soit patient, il faut que le malade ait un bon état général. S'il est affaibli, malingre, il n'y a pas à hésiter : il faut couper au plus court.

« C'est dans ce cas que la castration est indiquée. J'ai vu, à la suite de la castration, des enfants recouvrer l'appétit, reprendre des forces avec une rapidité invraisemblable, le foyer virulent qui les infectait ayant disparu.

« Chez les enfants épuisés, l'intervention radicale est, si je ne me trompe, catégoriquement indiquée, alors même que les lésions génitales ne semblent pas considérables, pourvu toutefois qu'on ait la preuve que la cachexie ne dépend pas d'une autre tuberculose viscérale et que le testicule est seul en cause (les lésions vésiculo-prostatiques sont exceptionnelles).

« Chez les enfants demeurés robustes, on peut attendre si les lésions sont peu considérables et localisées sur une portion de l'épididyme.

« Si l'épididyme est envahi totalement, comme il est probable que le testicule est aussi secondairement touché, si le mal semble prendre une allure rapide, il n'y a pas grand secours à attendre des manœuvres économiques.

« L'organe est désormais perdu ; ce n'est pas le chirurgien, c'est la tuberculose qui a accompli le sacrifice. La castration n'est, en réalité, qu'une manœuvre destinée à préserver l'organisme.

« La question du traitement de la tuberculose testiculaire bilatérale est extrêmement délicate, mais à un autre point de vue ici que chez l'adulte. Un homme ne consent pas aisément à la suppression de ses deux testicules, quelque malade qu'il les sache être ; nous avons le devoir de respecter la liberté et le droit de se laisser mourir, s'il se refuse à l'intervention. Pour l'enfant, nous devons, avant tout, songer à la conservation de la vie, même au prix de l'émasculatation. On pourra opérer d'abord l'organe le plus malade et attendre, pour voir si l'état de l'autre ne s'améliore pas, à la suite de la suppression du premier foyer de tuberculose. »

SYPHILIS DE LA GLANDE GÉNITALE

1° Définition. — La syphilis peut frapper la glande spermatique : testicule, épидидyme, vaginale, dans ses manifestations secondaires ou tertiaires. L'affection, qui en résulte, est désignée, d'ordinaire, sous le nom d'*orchite syphilitique*, de *testicule syphilitique*, de *sarcocèle syphilitique*.

2° Historique. — J'ai dit, à propos des inflammations aiguës de la glande génitale, la confusion qui régnait dans les états morbides de cet organe, avant BENJAMEN BELL, ROCHOUX, MOREAU et BLANDIN.

ASTLEY COOPER et DUPUYTREN contribuèrent, par leurs observations, à fixer le type clinique, et RICORD, en 1840, traça du sarcocèle syphilitique un tableau exact. Plus tard, cet auteur professa l'opinion de la non-suppuration du testicule spécifique. Et cette opinion fut partagée par GOSSELIN, VIRSCHOW, LANCE-REAUX, KOCHER, REYNIER, TERRILLON, MALASSEZ et RECLUS prouvèrent le contraire. La question de l'orchite syphilitique est bien connue aujourd'hui, depuis le travail de RECLUS (1882), la thèse de MINIERE (1883) et celle de ROHMER (agrégation, 1883).

3° Étiologie. — Quelle est la fréquence des altérations des organes contenus dans les bourses, chez les syphilitiques ?

Sur ce point, les auteurs ne sont pas d'accord. Dans le relevé de FOURNIER (2300 cas), la proportion indiquée est de 1/30^e ; dans celui de VIDAL (37 cas), elle est de 1/37^e ; dans celui de LEPRÉVOST (192 cas), elle est de 1/38^e. JULIEN dit que le testi-